

Contribution à l'Etude
DU
TRAITEMENT DES FISTULES
VÉSICO-UTÉRINES

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 16 Avril 1896

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

JEAN MICHAUD

Né le 28 Octobre 1869, à Belley (Ain)

Ancien Externe (1892-1894)

Ex-Interne Pré des Hôpitaux (1894-1895)



LYON. — IMPRIMERIE DES FACULTÉS. — LYON

20, RUE CAYENNE, 20

—
Avril 1896

Contribution à l'Etude
DU
TRAITEMENT DES FISTULES
VÉSICO-UTÉRINES

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 16 Avril 1896

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

JEAN MICHAUD

Né le 28 Octobre 1869, à Belley (Ain)

Ancien Externe (1892-1894)

Ex-Interne Pré des Hôpitaux (1894-1895)



LYON. — IMPRIMERIE DES FACULTÉS. — LYON

20, RUE CAVENNE, 20

—
Avril 1896

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET..... DOYEN.
LÉPINE..... ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DESGRANGEL, PAULET, BOUCHACOURT, CHAUVEAU, BERNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.....	MM. LÉPINE.
	BONDET.
Cliniques chirurgicales.....	OLLIER.
	PONCET.
Clinique obstétricales et Accouchements.....	FOCHIER.
Clinique ophtalmologique.....	GAYET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GAILLETON.
Clinique des maladies mentales.....	PIERRET.
Physique médicale.....	MONOYER.
Chimie médicale et pharmaceutique.....	HUGOUNENQ.
Chimie organique et Toxicologie.....	CAZENEUVE.
Matière médicale et Botanique.....	FLORENCE.
Zoologie et Anatomie comparée.....	LORTET.
Anatomie.....	TESTUT.
Anatomie générale et Histologie.....	RENAUT.
Physiologie.....	MORAT.
Pathologie interne.....	TEISSIER.
Pathologie externe.....	AUGAGNEUR.
Pathologie et Thérapeutique générales.....	MAYET.
Anatomie pathologique.....	TRIPPIER.
Médecine opératoire.....	POLLOSSON (Maurice).
Médecine expérimentale et comparée.....	ARLOING.
Médecine légale.....	LACASSAGNE.
Hygiène.....	BARD.
Thérapeutique.....	SOULIER.
Pharmacie.....	CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes.....	LAROYENNE.
---------------------------------------	------------

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants.....	MM. WEILL.	agrégé
Accouchements.....	POLLOSSON (Aug.)	—
Botanique.....	BEAUVISAGE	—

AGRÉGÉS

MM. BARRAL.	MM. CURTILET.	MM. MOREAU.	MM. SIRAUD.
BEAUVISAGE.	DÉVIC.	POLLOSSON (Aug.)	VALLAS.
BOYER.	DIDELOT.	ROCHET.	CAUSSE, chargé des
CONDAMIN.	DOYON.	ROLLET.	fonctions d'agrégé.
COURMONT.	DURAND.	ROQUE.	
COLLET.	GANGOLPHE.	ROUX.	

M. ÉTIEVANT, Secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. PONCET, Président ; M. GANGOLPHE, Assesseur ; MM. ROCHET et VALLAS, Agrégés

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A TOUS MES PARENTS & AMIS

A MES MAITRES
DES HOPITAUX DE LYON

A mon Président de Thèse
M. le Docteur PONCET
Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté
Grand Officier de la Légion d'honneur, Officier d'Académie

INTRODUCTION

Dans le courant du semestre d'été dernier, nous recevions à l'Hôpital de la Croix-Rousse, une malade présentant une fistule vésico-utérine cervicale.

Cette femme, profondément affectée par cette infirmité, insistait pour qu'on l'en débarrassât à tout prix.

M. le Professeur-agrégé Vallas, dans le service de qui elle fut placée, jugea une intervention nécessaire et songea immédiatement aux moyens classiques : avivement et suture par la voie vaginale ; mais il dut bien vite renoncer à l'emploi des méthodes ordinaires, la profondeur du vagin était un obstacle absolu ; quels que fussent les artifices employés, la fistule ne pouvait être atteinte.

Après mûre réflexion, M. Vallas abandonna l'idée d'une intervention par la voie vaginale et résolut de pratiquer une cystotomie sus-pubienne préalable qui lui permit d'arriver directement sur la lésion et de suturer par la vessie, la fistule ainsi découverte. L'opération très habilement conduite et exécutée donna un plein succès.

Nous avons recherché dans la littérature médicale, les observations semblables à la nôtre et nous nous sommes rendu compte que cette méthode avait été rarement employée. A peine avons-nous réuni cinq observations : quatre en Allemagne, une en Amérique.

Ce procédé mérite beaucoup mieux, croyons-nous, et nous voulons essayer de montrer que la suture vésicale avec taille hypogastrique préalable (opération de Trendelenburg comme propose de l'appeler M. Taynac) (1), constitue le traitement de choix dans certains cas de fistules vésico-utérines que nous aurons à spécifier. Elle doit prendre place après le procédé américain ; mais avant les méthodes indirectes, les différentes variétés de cleisis.

Avant d'aller plus loin ; nous voulons dans la mesure du possible, nous acquitter des nombreuses dettes de reconnaissance que nous avons contractées envers nos maîtres pendant notre séjour dans les Hôpitaux.

M. le professeur-agrégé Vallas, chirurgien-major désigné de l'Hôtel-Dieu à qui nous devons l'idée

(1) Taynac. — Thèse de Bordeaux 1895.

première de ce travail a bien voulu nous aider de ses conseils et de son expérience ; il a été pour nous un guide sûr qui nous a permis de mener à bonne fin ce travail. Aussi est-ce pour nous un plaisir autant qu'un devoir de lui exprimer notre vive gratitude.

Nous le remercions également de son enseignement clair, pratique, basé sur la clinique ; et le temps, beaucoup trop court à notre gré, que nous avons passé dans son service compte parmi le meilleur de nos études médicales.

M. le Professeur Poncet a bien voulu accepter la présidence de notre thèse ; qu'il nous permette de lui exprimer toute notre reconnaissance pour l'honneur qu'il nous fait et aussi pour la bienveillance qu'il nous a témoigné pendant les quelques mois que nous lui avons été attaché comme externe, au début de notre médecine.

Nous avons eu l'avantage d'être successivement externe, puis interne dans le service de M. Carrier ; nous avons trouvé en lui, le plus aimable et le plus dévoué des maîtres : il nous a donné à maintes reprises des preuves de l'intérêt qu'il nous porte ; nous sommes heureux de pouvoir le remercier publiquement.

Envers M. Garel, qui nous a largement fait profiter de sa science laryngologique ; nous avons contracté une dette de reconnaissance que ces lignes n'acquittent que bien imparfaitement.

Enfin, M. le Professeur Renaud ; MM. les Professeurs-agrégés Gangolphe, Auguste Pollosson et Weill ; M. Drivon, médecin des Hôpitaux, voudront

bien accepter l'assurance qu'en les remerciant de leurs savantes leçons, nous ne nous conformons pas simplement à une ancienne tradition, mais que nous remplissons le plus agréable des devoirs.

Nous n'avons garde d'oublier M. Vidal, médecin de l'Hospice de Giens, dont les sages conseils nous serons certainement d'une grande utilité dans le cours de notre pratique médicale.

Nous divisons notre travail en quatre chapitres qui comprendront :

CHAPITRE I. — Définition. Anatomie pathologique, symptômes, diagnostic et pronostic des fistules vésico-utérines.

CHAPITRE II. — Exposé et critique des divers traitements employés jusqu'ici.

CHAPITRE III. — Étude de la suture vésicale avec taille hypogastrique préalable appliquée au traitement de ces fistules. — Indications. — Manuel opératoire. — Avantage de ce procédé.

CHAPITRE IV. — Observations.

Contribution à l'Etude

DU

TRAITEMENT DES FISTULES

VÉSICO-UTÉRINES

CHAPITRE PREMIER

**Des fistules vésico-utérines. — Etiologie,
Anatomie pathologique.
Symptômes. — Diagnostic. — Pronostic**

DÉFINITION. — Les fistules vésico-utérines sont caractérisées par l'écoulement de l'urine à travers un canal creusé dans l'épaisseur même du tissu de l'utérus et ayant un de ses orifices dans la vessie et un autre dans la cavité utérine.

ÉTIOLOGIE. — *Fréquence.* — Tous les auteurs classiques s'accordent à considérer les fistules vésico-

utérines intra-cervicales comme une variété rare de fistules urinaires.

D'après Martin (1), cette variété de fistules serait beaucoup plus fréquente qu'on ne l'admet généralement, mais, dit-il, elles ont une tendance naturelle à guérir, quand elles ne sont pas trop étendues et ne comprennent pas l'uretère. Et nous voyons en effet de temps à autre signalés dans les journaux médicaux des cas de fistules cervicales guéries spontanément. Récemment Schultze (2) a encore insisté sur ce point et fourni une nouvelle observation.

Division. — Au point de vue étiologique, on peut distinguer les fistules d'origine puerpérale et les fistules d'origine non puerpérale.

A. Fistule d'origine puerpérale.

1° Dans l'immense majorité des cas, les fistules qui nous occupent reconnaissent pour cause l'*Accouchement* et surtout l'accouchement laborieux.

Voici par quel mécanisme semble se produire ce genre de lésion. On sait que, dans le travail de l'accouchement, la tête du fœtus, après avoir franchi le col utérin, se trouve arrêté au-dessus du détroit inférieur du bassin, s'appuyant sur la paroi vésicale au-dessous de l'arcade pubienne. Si donc par une cause quelconque, *elle reste longtemps* dans cette position, elle finit par déchirer ou mortifier la cloison vésico-vaginale. Bientôt l'eschare tombe et il existe une fistule vésico-vaginale.

(1) Zeitschr f. geb. und gyn. 1879, Bd. X.

(2) Centr. f. gyn, 6 juillet 1895.

Mais quand le col ne se dilate pas, la tête s'engage dans l'excavation pelvienne et vient comme dans le cas précédent s'appuyer sur le pubis, coiffé par la partie antérieure du segment inférieur de la matrice. Si la compression se prolonge, la tête du fœtus finit par déterminer la mortification de la cloison vésico-utérine et par suite une fistule cervicale.

La fistulisation s'annonce habituellement du troisième au huitième jour par un écoulement involontaire d'urine. Cependant il n'est pas rare d'observer un retard dans la chute de l'eschare; c'est ainsi que l'on a vu la fistule se produire au bout d'un mois et même quelquefois de cinq semaines.

L'élément pathogénique qui joue le rôle le plus important dans la production de cet accident provient de *la durée de la pression*.

Aussi doit-on ranger au nombre des *causes prédisposantes*; toutes les causes signalées en obstétrique comme favorisant la lenteur du travail: étroitesse congénitale ou acquise du bassin, gros volume de l'enfant, inertie utérine, etc. L'état de plénitude de la vessie favorise encore les chances d'une pareille complication.

2° Ces fistules peuvent être le résultat d'une *intervention obstétricale*; elles se rencontrent alors dans deux circonstances différentes:

a Ou bien la perforation est consécutive à une contusion de la cloison vésico-utérine produite par un instrument (forceps, céphalotribe) et reconnaît le même mécanisme que dans le cas précédent.

b Ou bien, il s'agit d'une déchirure immédiate

produite par les instruments au moment de leur application. On a vu le forceps passer à travers le bas-fond de la vessie ou encore le cas signalé par Budin, un opérateur croyant pratiquer la craniotomie ouvrit la vessie par erreur.

B. Fistules non puerpérales.

Les fistules non puerpérales sont relativement rares. Signalons à titre de faits exceptionnels :

1° La possibilité d'une fistule à la suite d'un traumatisme du col ;

2° Les perforations consécutives à des ulcérations produites par des calculs, des corps étrangers introduits dans la vessie, lithotriteurs par exemple, cathéters.

3° Disons, enfin, qu'une fistule peut être la conséquence d'une affection de l'utérus et principalement d'un cancer de cet organe.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Les fistules vésico-utérines offrent à considérer deux orifices et un trajet.

L'*orifice vésical* est le plus souvent situé sur le trigone vésical ou sur la partie moyenne du bas-fond de la vessie. Il est en général régulièrement arrondi. Ses bords sont taillés en biseau, ce qui lui donne la forme d'un entonnoir. Son diamètre est variable ; quelquefois si étroit qu'il admet à peine une tête d'épingle ; dans d'autres cas, on l'a vu dépasser un centimètre.

L'*orifice utérin* est tantôt constitué par une ouverture arrondie ; tantôt il est très oblique et se termine en se confondant avec la lèvre du museau de tanche.

Le trajet offre une longueur variable; lorsque la fistule est large et directe, il est court, égal à l'épaisseur du tissu utérin; mais lorsqu'il est oblique, flexueux, il présente relativement une longueur assez considérable.

Son diamètre est ordinairement étroit, uniforme dans toute son étendue; les parois du canal fistuleux sont dures, résistantes, recouvertes par une espèce de membrane muqueuse qui se continue sans ligne de démarcation avec celle de la vessie et de l'utérus.

Le col de l'utérus qui donne passage à l'urine conserve quelquefois sa forme, sa situation et ses caractères normaux; mais le plus souvent, les accouchements laborieux qui ont déterminé la fistule ont provoqué en même temps la déchirure du col, la destruction d'une de ses lèvres ou même de toutes les deux; elles sont ordinairement constituées par du tissu cicatriciel dur.

Le col utérin baigné constamment par l'urine est ramolli, rouge et se trouve fort souvent couvert d'ulcérations quelquefois assez profondes.

L'inflammation provoquée par la cause de la fistule a déterminé la formation de brides fibreuses, qui fixent l'utérus aux organes voisins et même à la ceinture pelvienne. (Voir observation V.)

La vessie est en général revenue sur elle-même, sa capacité diminuée, ses parois fort épaisses, la muqueuse rouge et infectée.

Signalons la présence fréquente de calculs secondaires dans l'intérieur de la cavité vésicale.

SYMPTÔMES. — La fistule vésico-utérine n'a qu'un symptôme auquel se rattachent tous les autres : l'écoulement involontaire et incessant de l'urine.

Date de son apparition. — Nous l'avons déjà dit, cet écoulement se produit, en général, trois ou quatre jours après la délivrance.

Degré de l'incontinence. — On observe des variétés assez grandes.

Tantôt la majeure partie de l'urine ou la totalité s'écoule par le vagin ; tantôt il n'en passe qu'une faible proportion.

Quelquefois l'écoulement est intermittent. C'est ce qui arrive lorsque la fistule est étroite, oblique et que les bords d'un des orifices sont appliqués l'un contre l'autre dans une position déterminée.

Aussi les malades, après avoir gardé leur urine pendant quelque temps se trouvent-elles au moindre mouvement inondées par un flot de liquide.

Modifications apportées par les attitudes dans l'écoulement de l'urine. — La plupart des malades perdent leur urine quelle que soit leur position : debout, assise ou couchée.

Cependant il est clair que la disposition du trajet fistuleux, des brides, des cloisonnements, le niveau, la situation de la fistule pourront imprimer des caractères particuliers à cet écoulement.

La marche, le mouvement, l'effort augmentent en général l'incontinence.

Modifications dans la composition des urines. — C'est à l'inflammation de la vessie, à la cystite qui accompagne toujours à un moment donné les fistules uté-

rines qu'il faut attribuer les modifications dans la composition des urines : présence de muco-pus ; augmentation des phosphates favorisant la formation des calculs.

Conséquence de cet écoulement. — Les conséquences d'un tel état de choses sont faciles à déduire.

C'est 1° d'impregnner les malades d'une odeur urineuse excessivement pénible ; 2° de déterminer quelquefois dans le vagin et plus souvent à la vulve au niveau de la fourchette, un état d'irritation et d'excoriation fort gênant ; 3° de provoquer à la face interne des grandes lèvres et de la partie supérieure des cuisses des rougeurs, des boutons, une irritation dont le passage incessant de l'urine ravive à chaque instant les sensations douloureuses.

Troubles fonctionnels. — Les troubles fonctionnels sont peu marqués ; on signale surtout une *constipation* opiniâtre dont on a expliqué diversement l'origine et des *troubles de la menstruation*.

Etat général. — Au début, tout au moins, l'état général est peu altéré.

Mais s'il survient des complications inflammatoires ascendantes du côté des organes génitaux (metrites, salpingites, pelvi-péritonites, péritonites), ou du côté des voies urinaires (pyelo-néphrites) ; la santé générale peut s'en ressortir.

Examen physique. — Par le *toucher simple*, on reconnaît que la cloison vésico-vaginale est intacte ; on trouve le col utérin dans sa position normale, quelquefois intact ; d'autres fois déchiré, irrégulier adhérent par des brides aux tissus voisins. Dans des cas

très rares, on peut faire pénétrer le doigt dans le museau de tanche et arriver jusqu'à l'orifice utérin de la fistule.

A l'aide du *spéculum*, on constate de nouveau l'intégrité de la cloison vésico-vaginale et l'état du col ; et l'on peut voir en outre que l'urine contenue dans le vagin, passe à travers le museau de tanche.

L'introduction d'une sonde dans la vessie et d'un stylet dans le col feront trouver une perforation un peu large.

Si elle très petite, on la mettra en évidence en dilatant le col et en pratiquant l'exploration de sa cavité en même temps que le cathétérisme vésical.

Dans les cas délicats, on aura la ressource des *injections colorées* soit de lait, soit d'eau boriquée rendue visible à l'aide de couleurs inoffensives, de la fuschine à petite dose, du permanganate de potasse, du bleu d'indigo. La seule précaution à prendre est de ne se servir que de liquides antiseptiques ou de liquides rendus aseptiques par l'ébullition ou par tout autre moyen. Une sonde de caoutchouc rouge bien propre ou un cathéter métallique introduit dans la vessie, le spéculum mis en place et la femme convenablement placée ; pendant qu'un aide distend la vessie avec le liquide coloré, le chirurgien inspecte avec soin le point où le liquide fait irruption,

DIAGNOSTIC. — *Incontinence d'urine*. — D'après Pozzi, au début quand la femme vient d'accoucher, on constate quelquefois l'issue involontaire de l'urine par le vagin. Il ne faudrait pas se hâter de conclure à l'existence d'une fistule. Le fait peut provenir d'une

paralyisie du col vésical ou du corps même de l'organe avec regorgement. L'exploration sera faite avec soin et pour peu qu'il y ait doute, une injection colorée dans la vessie préalablement vidée tranchera la difficulté; s'il existe la moindre perforation, le liquide sortira par le vagin.

Fistule vésico-vaginale haut située. — En général, le toucher et le spéculum ou les valves suffisent pour établir le diagnostic.

Dans les cas douteux, on pourra se comporter de la manière suivante: injection de lait dans la vessie et en examinant un moment après l'intérieur du vagin, on verra sourdre le lait par le pertuis. Si cependant celui-ci est excessivement petit, il n'est pas impossible que le suintement se fasse sans que ce point d'émergence soit visible. Pozzi conseille alors de bien dessécher la paroi antérieure du vagin et d'y appliquer une feuille de papier buvard pendant qu'on fait remplir la vessie par un aide; on observe aussitôt une tâche d'humidité au niveau même où siège l'orifice que l'on n'avait pu découvrir et il sera dès lors plus facile de le rechercher avec un stylet fin.

Fistule urétéro-utérine. — L'urine s'échappe par le col, comme dans les fistules cervicales et le diagnostic paraît impossible au premier abord. Cependant, injectez du lait dans la vessie, le lait ne sortira pas par le col.

2° L'obturation du col par une tige de laminaire faite dans le but d'amener sa dilatation pour en faciliter l'exploration serait suivie, comme dans le cas observé par Freund, de douleurs de reins avec vo-

missemments et fièvre résultant de l'oblitération de l'orifice du canal évacuateur d'un des reins.

3° Bérard a employé un moyen assez ingénieux pour mettre en évidence une fistule urétéro-utérine. Il fit uriner la malade, puis la fit placer sur un vase pour recueillir tout le liquide qui sortait par le vagin. Au bout de deux heures, on la sonde et l'on compare la quantité d'urine retirée par le cathétérisme à celle qui avait coulé spontanément du vagin dans le vase; les deux quantités étaient égales; on en conclut qu'elles provenaient chacune d'un des reins.

4° Essayer le toucher des uretères suivant le procédé de Sanger, on pourra sentir un épaississement dû à de l'urétérite concomitante.

5° Le cathétérisme de l'uretère, en suivant la méthode qu'ont indiquée Fawlik et Simon, pourrait aussi fournir des renseignements et permettre d'arriver à un diagnostic précis,

PRONOSTIC. — Une fois constituée la fistule vésico-utérine n'a aucune tendance à la guérison spontanée et elle constitue une infirmité très pénible, dont les inflammations ascendantes génitales assombrissent le pronostic.

Mais en négligeant même ces complications, les souffrances morales que cette affection entraîne, nous expliquent suffisamment l'énergie avec laquelle on voit ces malades réclamer une intervention quelle qu'elle soit, et le courage avec lequel elles se soumettent aux opérations les plus multipliées.

L'odeur repoussante qu'elles exhalent en dépit du

soin qu'elles prennent à se garnir d'éponges et de linges, en font un objet de dégoût pour leur entourage et pour elles-mêmes. Toute relation sociale leur devenant impossible, elles s'isolent de plus en plus et tombent dans une tristesse profonde qui les conduit fréquemment à la neurasthénie et même aux idées de suicide.

A un autre point de vue, ces fistules comportent un pronostic réservé ; car, haut situées, difficilement accessibles, elles exposent davantage aux insuccès et surtout certaines d'entre elles réclament des interventions graves.

CHAPITRE II

Exposé et critique des divers procédés employés jusqu'à ce jour

Avant d'exposer en détail le procédé opératoire qui fait spécialement l'objet de notre thèse, nous croyons qu'il est convenable de jeter un coup d'œil rapide sur les méthodes couramment employées jusqu'ici et sur les résultats qu'elles ont donnés. De cette étude ressortiront les indications que nous avons l'intention d'établir.

On peut diviser en trois groupes ces méthodes anciennes :

1° Celles qui sont communes au traitement des

fistules vésico-vaginales et à celui des fistules vésico-utérines ;

2° Celles qui ont été spécialement instituées pour la cure des fistules vésico-utérines ;

3° Les méthodes que l'on peut appeler « méthodes de nécessité » ; ce sont celles auxquelles les chirurgiens ont eu recours dans les cas qui leur paraissaient inopérables. On pourrait encore les appeler « méthodes indirectes »

1° Méthodes communes aux fistules vésico-vaginales et aux fistules vésico-utérines

Ce sont la *cautérisation après dilatation préalable du col utérin et le procédé américain*.

A. CAUTÉRISATION APRÈS DILATATION DU COL. — Cette méthode a été beaucoup employée et Neugebauer, qui s'est constitué un de ses défenseurs, a publié des statistiques où le chiffre des terminaisons heureuses est assez élevé.

Ce chirurgien s'est surtout servi du nitrate d'argent ; d'autres ont préconisé le thermo-cautère ; d'autres le galvano-cautère.

Quoi qu'il en soit du caustique employé, il est bien certain que la facilité d'exécution, la bénignité des suites plaident en faveur de ce genre d'intervention ; mais est-il vraiment efficace ? Il n'offre quelques chances de guérison que dans un petit nombre de cas exceptionnellement favorables (fistules récentes, étroites). Dans ces cas même, il est permis de se

demander si la cautérisation présente une sécurité suffisante pour l'avenir.

Nous croyons avec Monod (in *Dictionnaire encyclopédique*) que la cautérisation est moins une méthode curative qu'un moyen adjuvant de la méthode sanglante.

B. PROCÉDÉ AMÉRICAIN dit procédé de Sims. — Le procédé américain (avivement et suture de la fistule par la voie vaginale) est une excellente méthode ; c'est le procédé de choix.

On peut résumer en quelques mots son manuel opératoire :

1° Position convenable donnée à la malade pendant l'opération, rendant la fistule beaucoup plus accessible à la vue et aux instruments ;

2° Eclairage du champ opératoire à l'aide d'un spéculum ou des valves ;

3° Avivement et affrontement de la plaie par de *larges surfaces* et non plus par de simples bords ;

4° Emploi pour la suture de fils métalliques très rapprochés ;

5° Passage des fils exclusivement dans l'épaisseur de la cloison vésico-utérine sans blesser la muqueuse de la vessie.

L'avivement et la suture ont été mis en usage par Jobert de Lamballe (1849) dans une observation qui est restée longtemps unique. Simon n'a pratiqué qu'une fois cette opération ; on connaît maintenant plusieurs cas de succès d'Emmet (1), de Kal-

(1) Emmet. — *The principles and practice of Gynecology*. Londres, 1880 p. 624 et s.

tenbach (1), Lossen, Martin, Müller, Schröder (2), Neugebauer (3), Zweifel (4) et de Sanger (5).

Ce dernier a eu recours à un procédé très ingénieux. Dans un cas où la fistule siégeait latéralement, il commença par fendre des deux côtés le col de l'utérus. Puis du côté où existait l'orifice fistuleux, il pratiqua la suture comme dans l'opération d'Emmet.

Afin de rétablir l'orifice cervical de l'autre côté, il sutura la muqueuse de l'intérieur du col à celle de l'extérieur, ce qui reporta un orifice suffisant sur le côté.

La méthode de Sims, lorsqu'elle est praticable, donne de très beaux résultats; c'est l'avis de tous les chirurgiens et nous croyons aussi que la suture vésicale avec taille hypogastrique préalable, ne doit en aucun cas lui être substituée si elle offre quelques chances de succès.

Nous ne nous étendrons pas davantage sur l'examen de ces méthodes, dites directes.

Le procédé que nous préconisons ne doit pas entrer en parallèle avec elles; car il s'adresse à des cas particuliers que nous étudierons dans un instant.

(1) Hegar et Kaltenbach. — Traité de Gynécologie opératoire. Traduction française, p. 524.

(2) Voir Hofmeier. — Manuel de Gynécologie opératoire. Traduction française, p. 106.

(3) Arch. f. Gynakol. 1887. Bd XXXV. Heft. 3, p. 180.

(4) Société obstétricale de Leipzig. 17 décembre 1889. (Centr. f. Gynœk. 1878, p. 317.

(5) Ibid. p. 377.

2^e Méthodes spécialement instituées pour la cure des fistules vésico-utérines

Nous rangeons dans ce chapitre les deux procédés de Follet-Champney et d'Otto von Herf.

A. PROCÉDÉ DE FOLLET (1). — Dans un cas de fistule vésico-utérine difficile à atteindre, M. Follet (de Lille) a imaginé le procédé que nous résumons ci-dessous :

Cette méthode très ingénieuse lui a donné un plein succès.

Dans un premier temps, M. Follet dilate lentement l'urèthre avec le dilatateur de Dolbeau, de manière à pouvoir introduire sans difficulté son index gauche dans la vessie.

Puis il abaisse l'utérus. Une valve de Sims est introduite à cet effet dans le vagin et un aide saisit avec deux forts tridents-érignes les parties latérales du col utérin et l'amène à la vulve.

L'utérus est alors décollé de la vessie. « Je fis, dit-il, une incision semi-circulaire du cul-de-sac vaginal au-devant du col et je me mis à décoller la vessie de l'utérus et en ne cessant pas une minute d'apprécier très exactement les progrès et les détails de ce décollement, grâce à mon doigt intra-vésical. Bientôt ce doigt, pratiquant l'*éversion* de la paroi postérieure de la vessie dont il se coiffait pour ainsi

(1) Bulletin et Mémoire de la Société de Chirurgie. 26 mai 1886, p. 445.

dire, fit apparaître à la partie antérieure de l'orifice vulvaire, cette paroi trouée de la boutonnière fistuleuse, à travers les lèvres de laquelle s'apercevait la pulpe de mon index.

Le décollement rendant l'avivement superflu, je procédai à ciel ouvert à la fermeture de la fistule. »

La fistule fut oblitérée par quatre points de suture au catgut; points de suture ne passant pas, bien entendu, dans la cavité vésicale.

Tout ceci fut fait au milieu de précautions de la plus rigoureuse antisepsie et les suites furent très simples. Trente jours après, la malade sortait complètement guérie.

Signalons que dans un cas semblable, *Cruveilhier*, avant Follet, avait employé à peu près le même manuel opératoire.

Champney, ignorant sans doute la communication de Follet à la Société de Chirurgie, a publié, en 1889, dans « Transactions of obstetrical Society of London », une observation de fistule vésico-utérine pour laquelle il a, dit-il, trouvé un nouveau mode de traitement.

Sa manière de procéder, que nous avons prise dans le texte de sa publication, est, sauf quelques points de détails, identique à celle de Follet.

Comme ce chirurgien, *Champney*, après avoir abaissé l'utérus, décolle la vessie en ayant soin de pousser sa dissection bien au-delà des limites de la fistule. Alors, sans aviver, car il a affaire à des surfaces fortement cruentées, il obture l'orifice fistuleux sur chacun des plans vésical et utérin que le décollement lui a procurés.

Dans un dernier temps, il réunit la vessie à l'utérus.

Le résultat obtenu fut des plus satisfaisants.

Procédé d'Otto von Herf (1). — Otto von Herf fait une section médiane du col jusqu'à la fistule. Puis la fistule est décollée de l'utérus sur une étendue d'environ un centimètre ; il en résulte une surface d'avivement composée de deux moitiés, l'une antérieure, l'autre postérieure. Chacune d'elles comprend en son milieu l'un des orifices du trajet fistuleux dédoublé.

Herf s'attaque d'abord à la plaie utérine. Un fil est passé à travers chacune des lèvres de l'incision cervicale primitive, puis les deux fils sont saisis par un aide et tirés en bas et en arrière ; la plaie utérine est ainsi rapprochée de la vulve et bien mise à découvert. La réunion des bords se fit alors sans difficulté.

L'orifice fistuleux cervical obturé, il restait une fistule vésico-vaginale qui fut avivée et suturée comme une élytrorrhaphie antérieure.

En procédant ainsi, Otto von Herf guérit complètement sa malade. Il est à remarquer qu'au cas où les sutures viendraient à céder au niveau de l'orifice vaginal, on aurait affaire à une fistule vésico-vaginale que l'on traiterait par un des procédés connus.

Il est évident que ces procédés ingénieux reculent les limites de l'intervention chirurgicale et méritent d'être pris en sérieuse considération, quand on se trouve en présence d'une fistule vésico-utérine.

(1) Zeitsch. f. geb. u. Gyn. 21. Bd. XXII.

Mais il est bien certain toutefois, qu'ils supposent pour être applicables des conditions que l'on ne rencontre pas toujours dans la pratique.

Il faut d'abord que l'orifice vésical de la fistule soit absolument libre et ne soit pas notamment encombré de productions calculeuses. En second lieu, pour se livrer à ces manœuvres assez compliquées de dédoublement des plans de la cloison vésico-utérine et de suture isolée des deux plans de clivage, l'accès du champ opératoire doit être sinon facile, tout au moins possible.

Or, il est des cas et nous l'établirons par nos observations, où ces conditions n'existent pas.

C'est évidemment pour ces cas extrêmes qu'ont été imaginées les méthodes du troisième groupe « *méthodes indirectes* » qu'il nous reste à examiner.

3° Méthodes indirectes.

Les méthodes indirectes se proposent de faire cesser l'incontinence non plus en s'adressant à la fistule elle-même, mais en créant un obstacle à l'issue de l'urine au-devant de la solution de continuité.

L'hystéro-stomato-cleisis, l'incarcération du col utérin dans la vessie et le *colpocleisis* répondent à cette indication.

A. HYSTÉRO-STOMATO-CLEISIS. — Pratiquée tout d'abord par Jobert, cette opération a été depuis fréquemment employée.

Nous la trouvons signalée dans tous les ouvrages classiques, et la plupart des auteurs considèrent ces procédés comme une des principales ressources du chirurgien en face d'une fistule vésico-utérine compliquée.

Cette intervention consiste à aviver la surface interne du col dont on enlève, suivant l'expression de Jobert, des espèces de copeaux, puis à rapprocher les deux surfaces saignantes et à les maintenir en contact par trois points de suture : deux latéraux et un médian. Soins antiseptiques avant, pendant et après l'intervention.

B. INCARCÉRATION DU COL DANS LA VESSIE. — L'incarcération du col utérin dans la vessie consiste à réunir la lèvre antérieure de la fistule à la lèvre postérieure du col ou même à la partie voisine du vagin ; on emprisonne ainsi l'extrémité inférieure de l'utérus dans le réservoir urinaire, en se servant du museau de tanche comme d'un obturateur destiné à combler la perte de substance.

C'est à Courty (1) que nous devons cette intervention. D'après cet auteur, l'incarcération du col doit être substituée à l'hystéro-stomato-cleisis, lorsque les fistules vésico-utérines coïncident avec une fistule vésico-vaginale, soit qu'il y ait deux fistules distinctes (vésico-utérines et vésico-vaginales) soit qu'il n'y ait qu'une seule fistule (vésico-utéro-vaginale). Il s'est comporté ainsi quatre fois pour fistules du premier groupe, et un grand nombre de

(1). — Traité pratique des maladies de l'utérus, 1887.

fois pour les fistules du second, et les résultats auraient été assez favorables.

Dans ces conditions nouvelles, le sang menstruel passe dans la vessie; la fécondation devient impossible, mais non les rapprochements sexuels; le vagin se terminant antérieurement en cul-de-sac.

Ces opérations sont assurément très simples. L'expérience prouve aussi que la santé générale de la femme ne souffre en rien de l'inclusion de l'utérus dans la vessie; à ces divers titres ces méthodes sont recommandables.

Cependant il ne faut pas oublier que les cleisis entraînent la suppression d'une fonction importante: la fécondation; et cette seule considération suffit à Rosenthal pour les éliminer. « The method Which permits the uterus to functionate without interference, is the method that certainly ought to be adopted when possible » (1).

Puis, autre conséquence, l'avenir est gros de menaces pour ces opérées. La stagnation de l'urine dans l'utérus comporte presque fatalement l'infection de cet organe. Cette infection ne tardera pas à se propager à la vessie, puis à l'uretère et au rein, et l'on connaît le pronostic de ces infections ascendantes; c'est la mort dans le plus grand nombre des cas.

Enfin on observe souvent des coliques intenses au moment des règles, car l'orifice de communication

(1). — La méthode qui permet à l'utérus de continuer ses fonctions est la méthode qui mérite sans conteste d'être adoptée lorsque ce sera possible.

Rosenthal. — Am. journal of obstetric, vol. XXVII, 4893.

entre la vessie et le canal cervical est généralement très étroit, et, sous l'influence des contractions utérines, l'on a vu quelquefois l'orifice utérin oblitéré s'ouvrir.

Colpocleisis. — Nous en aurons terminé avec les méthodes indirectes lorsque nous aurons cité le colpocleisis, ou oblitération transversale du vagin qui apparaît comme l'ultime ressource dans les cas de fistules vésico-utérines rebelles.

Cette opération entrevue par Vidal de Cassis en 1852, pratiquée en 1842 par A. Berard, a été remise en honneur et bien réglée comme manuel opératoire par Simon de Rostock (1) en 1868. Dans ces dernières années, M. le professeur Poncet a traité quelques fistules génitales par ce procédé combiné avec la cystostomie sus-pubienne et a obtenu plusieurs succès.

Le colpocleisis ne fait pas disparaître les inconvénients que nous avons signalés ci-dessus, il aggrave au contraire la situation, car il empêche les rapports sexuels ou tout au moins les rend très difficiles.

Ces quelques considérations suffisent pour nous montrer que les diverses méthodes indirectes ne sont en somme que des pis aller ou, comme nous l'avons dit au début, des méthodes de pure nécessité.

Le procédé de Trendelenburg n'eut-il pas d'autre avantage que de supprimer quelques-uns de ces cas malheureux qu'il serait par cela même amplement justifié.

(1). — Deutsch-Klin, 1868, nos 45 et 46.

CHAPITRE III

**Traitement des fistules vésico-utérines par
la suture vésicale avec taille hypogas-
trique préalable. — Indications. — Manuel
opératoire. — Résultats**

Il est probable que depuis la restauration de la taille de Franco, plusieurs auteurs ont songé à se frayer à travers la vessie ouverte, par-dessus le pubis un accès sur les fistules inopérables par le vagin ; mais cette idée n'est nettement formulée que dans l'article fistules urinaires du Dictionnaire encyclopédique rédigé par Monod. Cet auteur s'explique, en effet, ainsi :

« Il y aurait un dernier moyen d'atteindre directe-

ment une fistule vésico-utérine, ce serait de l'aborder par la voie vésicale à l'aide de la taille hypogastrique ». L'idée qui en a déjà été émise pour les fistules vésico-intestinales reste encore dans le domaine théorique ; mais elle nous paraît être de tous points rationnelle.

Peut-être un avenir prochain se chargera-t-il de démontrer que non seulement elle est praticable, mais qu'elle contient en germe le traitement de choix pour un groupe important de fistules urinaires. »

Depuis, quelques rares auteurs de livres didactiques y ont fait allusion ; le *Nouveau Traité de Chirurgie* de Duplay et Reclus, et le *Traité de Gynécologie* de Pozzi, le passent sous silence.

C'est Trendelenburg qui, le premier, mit cette idée en pratique. Sa première opération fut un insuccès ; mais cet échec ne le découragea pas. Persuadé que cet insuccès ne devait nullement être mis sur le compte de la méthode, le Chirurgien de Bonn renouvela sa tentative et, quatre ans après sa première intervention, il publiait deux autres observations qui, malgré certaines imperfections dans les résultats, peuvent être considérées comme heureuses.

Il a été suivi dans cette voie par Baumm, Bardenhauer, Léopold, Vallas, pour les fistules vésico-utérines ; Bardenhauer, Mac Gill, Emmet, Pousson, Duplay, pour les fistules vésico-vaginales ; de sorte qu'à l'heure actuelle, on connaît un petit nombre d'exemples dans lesquels la suture intra-vésicale a été suivie de guérison.

Quelles sont les indications de la voie vésicale dans

le traitement des fistules vésico-utérines ; son manuel opératoire ?

Telles sont les questions qu'il nous reste à résoudre.

Indications

La suture vésicale avec cystotomie préalable (opération de Trendelenburg) est, nous l'avons déjà dit et nous le répétons, une méthode d'exception que l'on ne devra employer que dans les cas rares où les fistules ne pourront être suturées par le vagin.

Les principaux obstacles à l'emploi de la méthode de Sims, nous les trouvons dans les complications suivantes :

1° *Brides ou replis cicatriciels* épais cachant la fistule aux yeux de l'opérateur ;

2° *Adhérences du trajet fistuleux*, adhérences (reconnaissant pour cause un travail inflammatoire chronique) aux organes voisins et même à la ceinture pelvienne ; nous en avons un très bel exemple dans notre observation V ; M. le professeur Léopold pratiqua une cystotomie sus-pubienne parce qu'il ne put abaisser l'utérus et l'amener ainsi dans le champ visuel. Cet organe avait contracté de fortes adhérences avec le pubis ;

3° M. le professeur-agrégé Pousson signale l'*étroitesse* du vagin et apporte à l'appui l'observation d'une fillette de 6 ans.

Le cas de M. Pousson a trait, il est vrai, à une fistule vésico-vaginale.

Mais si, une telle complication rend la voie vaginale impraticable pour une fistule bas située; il est évident qu'une fistule haute, une fistule cervicale, dans les mêmes conditions, sera impossible à atteindre et à suturer.

4° A côté de l'étroitesse du vagin, nous voulons placer la *profondeur* de cet organe.

Ce fut chez la femme que nous avons vu opérer l'obstacle qui ne permit pas l'emploi de la méthode de Sims et décida notre maître, M. Vallas, à tenter l'opération de Trendelenburg.

Il s'agissait d'une femme de stature très élevée; le vagin était exceptionnellement profond et de ce fait, la fistule était rendue inaccessible. Les instruments les plus longs arrivaient à peine à son niveau; toutes les manœuvres d'avivement et de suture n'auraient pu être faites qu'à l'aveugle. Intervenir dans ces conditions, c'eût été courir presque fatalement à un échec.

5° *Calculs vésicaux*. — On relève fréquemment dans les observations de fistules vésico-génitales en général et de fistules cervicales en particulier la présence de calculs dans la vessie.

Cette complication doit être attribuée à l'infection; en d'autres termes, tout en reconnaissant pour ces concrétions la possibilité d'être primitives c'est-à-dire d'origine diathésique, nous croyons qu'elles sont ordinairement secondaires et l'on peut concevoir de la manière suivante leur formation: sous l'influence des micro-organismes contenus dans la vessie, il se fait une décomposition dont l'aboutissant est l'alcalinité

et surtout la précipitation de phosphates ammoniacomagnésiens insolubles, dans un milieu alcalin.

La présence de ces calculs (et nous avons surtout en vue les calculs d'un certain volume) est une fâcheuse condition lorsqu'il s'agit d'obtenir la cicatrisation de tissus chroniquement enflammés, épaissis, indurés, à vitalité précaire.

Il est donc nécessaire de pratiquer l'extraction préalable de ces concrétions avant d'aborder l'avivement et la suture du trajet fistuleux. Nous ne serons contredit par personne en affirmant que la taille hypogastrique peut être considérée comme une méthode excellente en pareil cas. Dès lors nous ne voyons pas pourquoi on ne chercherait pas à faire d'une pierre deux coups et à utiliser la boutonnière sus-pubienne pour l'ablation du calcul et pour la suture de la fistule.

On pourrait nous objecter la facilité avec laquelle on pratique chez la femme la lithotritie et l'extraction par les voies naturelles. A cela, nous répondrons que les productions calculeuses peuvent avoir déterminé non seulement un calcul intra-vésical mais l'infiltration calcaire du trajet même de la fistule.

Dans ces conditions, il sera bien plus facile d'opérer un nettoyage complet par la taille hypogastrique que par tout autre procédé.

C'est pour ces diverses raisons que nous considérons la présence de calculs comme une des principales indications de la cystotomie sus-pubienne dans le traitement des fistules vésico-utérines.

6° *Cystites*. — Cette complication, quand elle existe

nous paraît constituer une bonne indication de la taille hypogastrique.

On connaît les bons effets de cette opération dans les cystites rebelles, et les heureuses applications qu'en a faites M. le professeur Poncet dans le traitement des cystites des prostatiques.

Elle sera donc un auxiliaire puissant qui viendra en aide aux chirurgiens pour favoriser la réunion des bords de la fistule avivés. Le libre écoulement des urines au dehors, la facilité des irrigations antiseptiques, surtout la suppression des spasmes vésicaux faisant effort sur la ligne des sutures sont autant de conditions favorables dont il est bon de ne pas se priver en pareille occurrence.

Il est à peine besoin d'ajouter que dans ces cas, il serait illusoire de tenter la réunion, par première intention, de la plaie vésicale et hypogastrique.

Manuel opératoire

1° Précautions préliminaires. — L'asepsie la plus rigoureuse devant présider à tous les temps de l'opération, la région sera lavée et désinfectée avec soin les jours qui précéderont l'intervention et au moment de celle-ci.

Le vagin, la vulve, le périnée seront débarrassés des incrustations phosphatiques qui les encroûtent par des bains et des lotions au bicarbonate de soude.

Contre la rougeur érythémateuse, les excoriations et les ulcérations qui s'observent si souvent, on em-

plaira des onctions de pommade à l'oxyde de zinc (4/30), à l'acide borique, au calomel.

Si la vessie est infectée, on insistera sur les lavages boriqués et nitrates au besoin, en même temps que sur les boissons diurétiques et plus particulièrement le lait ; dans le but de rendre les urines aseptiques, le salol pourra être utilisé avec avantage.

Comme dans l'espèce, la vessie sera le théâtre principal de l'intervention, le chirurgien ne saurait prendre trop de précautions pour la rendre apte à supporter les manœuvres opératoires et à la mettre dans des conditions telles qu'elle ne puisse nuire à leur réussite.

La veille de l'opération, on aura soin de dilater le col avec une tige de laminaire. Quelques chirurgiens pratiquent la dilatation extemporanée avec les bougies d'Hégar, la plupart procèdent par la dilatation lente.

La malade est anesthésiée et placée dans la position de Trendelenburg, c'est-à-dire dans le décubitus dorsal, le bassin élevé, la tête basse.

1^{er} Temps. Incision de la paroi abdominale et ouverture de la vessie. — L'incision a été faite différemment suivant les chirurgiens. Les uns, et c'est ainsi que se sont comportés Trendelenburg et Baumm, ont incisé les tissus transversalement, c'est-à-dire parallèlement au pubis. Léopold chez sa malade a ajouté à cette incision parallèle au pubis une incision perpendiculaire suivant la ligne blanche de manière à former un T.

Les autres avec Duplay et Pousson, et c'est

également de cette manière qu'a procédé M. Vallas, se contentent d'une taille verticale commune, quitte à faire de légers débridements latéraux si cette incision ne donne pas suffisamment de jour; on pourrait d'ailleurs dans ces cas extrêmes recourir à une symphyséotomie.

M. Taynac a fait une très judicieuse critique des diverses incisions employées, et voici les conclusions auxquelles il arrive :

« Il est bien vrai qu'une incision transversale, comme l'affirme Mac Gill donne plus de jour dans la vessie. Nos recherches expérimentales nous ont montré aussi qu'avec une pareille incision, les manœuvres intra-vésicales étaient plus faciles et plus commodes.

Mais par contre, l'incision transversale outre qu'elle facilite plus tard la production de hernies ou d'éventrations, a le grand tort de sectionner les muscles droits et pour cette raison, de retarder la réunion de la plaie dont les lèvres, surtout la supérieure, d'abord tirillées en sens inverse, se rétractent chacune de leur côté, et compromettent plus ou moins par la suite, les fonctions inhérentes à la continuité musculaire.

D'un autre côté, il est facile de concevoir les avantages que pourra donner l'incision longitudinale par le seul fait qu'elle laisse les droits intacts ou pour le moins très partiellement divisés. Lorsqu'on voudra drainer la vessie par la voie hypogastrique, les muscles droits seront capables de former une sorte de sphincter autour du tube de drainage, pré-

venant ainsi l'écoulement en nappe de l'urine entre la plaie et le drain.

Si ne drainant pas la vessie, on veut pratiquer une suture immédiate, la juxtaposition, l'affrontement des lèvres de la plaie seront plus faciles, les efforts de vomissements provoqués par l'agent anesthésique auront une influence moins fâcheuse sur l'état des sutures, et, la malade revenue dans son lit, il deviendra moins indispensable de l'attacher pour prévenir tout mouvement du tronc. »

La section des divers plans de la paroi abdominale terminée ; la vessie apparaît en général immédiatement et la ponction ne présente pas de difficultés.

Mais l'espace prévésical ouvert, il ne pourrait être difficile de reconnaître la paroi de la vessie et de relever le cul-de-sac péritonéal. Pour éviter tout accident, on peut, comme l'a indiqué Léopold, introduire un cathéter dans la cavité vésicale et ouvrir la vessie en se guidant sur la sonde.

Pousson, dans le cas qu'il a publié, ne se servit pas de sonde. Mais il introduisit l'extrémité du doigt à travers le vagin et la fistule jusque dans la vessie et souleva ainsi la paroi antérieure de cet organe.

Duplay, pour arriver à ce résultat, place dans le rectum un ballon de Petersen qui est modérément distendu.

Taynac recommande aussi le ballon de Petersen, mais le met dans le vagin.

Suivant la pratique des chirurgiens lyonnais nous

repoussons l'emploi du ballon de Petersen qui n'est pas d'une grande utilité et qui a pu occasionner des complications graves par la rupture du rectum.

En procédant méthodiquement, en relevant soigneusement le cul-de-sac péritonéal avec la pulpe de l'index introduit dans la plaie, on peut toujours arriver à découvrir la face antérieure de la vessie et à l'inciser sans dangers; c'est d'ailleurs la pratique recommandée par M. le professeur Poncet, dont l'autorité est si grande pour tout ce qui regarde les manuels opératoires de cystotomie sus-pubienne.

Nous reconnaissons que, dans les cas de fistules vésico-utérines, les difficultés sont peut-être augmentées par ce fait que la distension préalable de la vessie est gênée par la présence de l'ouverture fistuleuse; mais nous n'en restons pas moins persuadé qu'il suffit d'un peu d'attention pour mener à bonne fin ce temps de l'opération.

La vessie ponctionnée, l'ouverture sera agrandie au moyen d'un coup de ciseau, et l'intérieur de cet organe apparaîtra à l'opérateur.

Avant d'aller plus loin, le chirurgien se rendra compte de la situation des uretères et de leurs rapports avec la vessie.

Il est deux choses sur lesquelles passent rapidement les auteurs et qui nous ont paru assez difficiles à obtenir, ce sont : un bon éclairage, le refoulement en haut du cul-de-sac péritonéal et surtout la tension de la paroi vésicale postérieure.

1° *Un bon éclairage.* — Nous avons vu que bon nombre de chirurgiens pour se donner du jour pra-

tiquaient une incision transversale, mais cette incision a de graves inconvénients que nous avons signalés; nous n'insistons pas.

Deux larges valves métalliques « valves de Bazy » permettront dans le plus grand nombre des cas de se rendre un compte exact de l'intérieur de la cavité vésicale.

Le thermo-cautère, à la rigueur, donne une lueur suffisante pour voir l'orifice de la fistule.

En tous cas, si l'on a besoin d'un éclairage parfait, pour se livrer aux manœuvres plus ou moins compliquées d'avivement et de suture, la lampe électrique répond à toutes ces indications.

2° Tension de la paroi vésicale. — La tension de la paroi vésicale est difficile à obtenir avec les écarteurs que l'on trouve dans l'arsenal chirurgical; la vessie glisse et le chirurgien éprouve de grandes difficultés, pour voir d'abord, et manœuvrer ensuite.

Le plus simple et le plus pratique consiste encore à faire bomber la paroi postérieure soit par le doigt d'un aide introduit dans le vagin, soit par un tamponnement de cette cavité.

2^{me} Temps. Avivement et suture. — L'avivement se pratique suivant les règles ordinaires et ne présente rien de particulier à noter.

Si l'orifice fistuleux est étroit, on pourra se contenter d'un avivement avec le fer rouge; sinon on se servira du bistouri ou des ciseaux courbés.

Le passage des fils mérite de nous arrêter davantage. C'est en effet le point délicat de l'opération de Trendelenburg.

Lorsqu'on lit les opérations de fistules urinaires traitées par la taille hypogastrique, on est frappé de la diversité des manuels opératoires indiqués. Il faut attribuer ceci, croyons-nous, aux difficultés que l'on rencontre, difficultés qui ne permettent pas d'établir des règles fixes applicables à tous les cas. L'opérateur s'inspire ordinairement des circonstances et agit comme il peut.

Nous nous garderons bien, dans ces conditions, de critiquer les méthodes suivies, et nous nous bornerons à indiquer quelques procédés types.

Les chirurgiens ont employé soit la suture dans le sens transversal, soit la suture dans le sens antéro-postérieur ou longitudinal.

Suture transversale. — La suture transversale a été étudiée par M. Taynac. L'auteur s'est livré à quelques expériences sur le cadavre et conclut que le passage des fils avec des aiguilles courbes ordinaires constitue la méthode la plus pratique. Ses conclusions manquent malheureusement de sanction clinique; M. Taynac le fait d'ailleurs remarquer lui-même.

Nous donnons ci-dessous le manuel opératoire employé par M. le professeur-agrégé Pousson dans le cas de fistule vésico-vaginale dont il a publié l'observation :

« L'avivement achevé, je dispose les fils de catgut, dont j'ai résolu de me servir, de la manière suivante : Une aiguille à chas presque droite d'une dimension convenable et armée d'un catgut n° 0 est passée dans la lèvre gauche de la fistule à une bonne dis-

tance de son bord libre ; puis son extrémité saillante dans le vagin est saisie avec une pince et entraînée hors de la vulve.

« Le fil de catgut ayant suivi, il en résulte qu'un de ses chefs sort par l'ouverture de la vessie et l'autre par la vulve. Pour ramener ce dernier chef de la vulve à l'ouverture de la vessie après avoir traversé la lèvre droite de la fistule, et lui faire décrire une anse vaginale ; je procède comme suit : l'aiguille qui m'a servi tout à l'heure, armée cette fois-ci d'un fil de soie fine est passée par l'ouverture hypogastrique à travers la lèvre droite de la fistule et entraînée hors de la vulve, comme l'a été précédemment le fil de catgut traversant la lèvre gauche. Le chef du fil de soie débarrassé de son aiguille est noué au chef correspondant du fil de catgut et finalement ce fil, ramené par des tractions par l'ouverture vésicale, passe par la lèvre droite de la fistule et forme une anse vaginale embrassant la fistule dans sa concavité. Deux autres fils sont passés de la même façon et pour affronter les lèvres de la solution de continuité, il ne me reste plus qu'à nouer les chefs respectifs de chacun des fils, ce que je fais sans grande difficulté. »

Suture longitudinale. — La suture longitudinale a été employée par MM. Duplay et Vallas.

Duplay s'est servi de catgut moyen qu'il passe avec une aiguille de Reverdin courbe.

M. Vallas a fait usage de l'aiguille de Lamblin et de fils métalliques. Voici comment la manœuvre s'est exécutée :

Sur le bord supérieur de la fistule, et à une distance

convenable de ce bord, l'aiguille est enfoncée partant de la cavité vésicale et pénétrant dans le canal cervico-vaginal où elle est reçue sur le doigt de l'opérateur qui lui sert de guide. La pointe est alors conduite dans le vagin dont un aide écarte les parois et amenée ainsi aussi près que possible de la vulve.

A ce moment, il devient possible de l'armer d'un fil métallique.

L'aiguille est alors retirée et le fil ressort avec elle dans la cavité vésicale.

On repasse alors l'aiguille dans la lèvre inférieure de la fistule mais en partant, cette fois, du vagin pour pénétrer dans la vessie. L'extrémité vésicale du fil est chargée sur l'aiguille et revient avec elle dans le vagin.

On a ainsi une anse complète qui embrasse la fistule dans sa concavité. Les deux extrémités du fil sont passés dans un plomb et serrés à la façon ordinaire après s'être assuré que les bords de la fistule sont bien coaptés.

Quelle est de ces deux manières de faire, la plus recommandable?

Il est pour le moment assez difficile de le dire. Il est probable que la topographie des bords de la fistule, son étendue plus ou moins grande dans un sens que dans l'autre ont dû jusqu'à présent servir de règle aux opérateurs.

A priori toutefois et bien que ce ne soit pas la conduite qui ait été suivie par notre maître, M. Vallas, dans l'observation que nous rapportons;

Cystotomies pratiquées pour fistules vésico-utérines

OPÉRATEURS	NATURE DE LA FISTULE	RÉSULTAT	REMARQUES
Trendelenburg	Fistule d'origine puerpérale.	Insuccès	On dut pratiquer plus tard un cleisis.
Id.	Id.	Id.	Id.
Id.	Id.	Succès	
Baumm	Fistule d'origine puerpérale.	Id.	Il persiste une légère fistule hypogastrique qu'un bandage obture suffisamment.
Bardenhauer	Fistule vésico-utérine et vaginale.	Id.	
Léopold	Fistule d'origine puerpérale.	Id.	On ne fit pas de suture de la fistule, on isola celle-ci de la vessie en créant une nouvelle cavité vésicale.
Vallas (Inédite)	Fistule puerpérale.	Id.	

Cystotomies pratiquées pour fistules vésico-vaginales

OPÉRATEURS	NATURE DE LA FISTULE	RÉSULTAT	REMARQUES
Bardenhauer	Fistule d'origine puerpérale.	Succès	
Mac Gill	Fistule consécutive à un épithélioma du plancher de la vessie.	Id.	On maintint intentionnellement une fistule hypogastrique.
Id.	Id.	Id.	
Pousson	Fistule d'origine calculieuse.	Id.	La fistule uréthro-vaginale persista.
Emmet			
Duplay	Fistule vésico-vaginale d'origine puerpérale.	Id.	

il nous semble que la suture transversale doit être recommandée.

Voici pourquoi : Le cul-de-sac péritonal vésico-utérin descend assez bas entre la vessie et l'utérus.

D'après Sappey, en effet, le péritoine se réfléchit de bas en haut et revêt le tiers supérieur du col et la face antérieure du corps.

Fort dit de même : « Le cul-de-sac péritonéal ne s'élève pas à la même hauteur chez tous les sujets ; on le voit quelquefois recouvrir toute l'étendue du col et arriver jusqu'au vagin ; ordinairement la partie inférieure de cette face est immédiatement en rapport avec la vessie.

Enfin, Debière confirme en ces termes l'opinion des auteurs précédents : chez les multipares, la séreuse péritonéale descend un peu bas et recouvre une partie du col (Courty, Krause) même toute son étendue. Le reste du col se met en rapport immédiat avec le bas-fond de la vessie auquel il est uni par du tissu cellulaire un peu lâche.

Donc, pour peu que la fistule soit élevée, ce cul-de-sac courrait le risque d'être intéressé dans la transfixion de la paroi vésico-utérine. Le fait aurait surtout de la gravité au cas où il coexisterait de la cystite infectieuse.

C'est cette considération qui nous porte à préconiser la suture dans le sens transversal.

III^e Temps. — Fermeture partielle et drainage de la vessie. — L'occlusion complète de l'ouverture hypogastrique de la vessie pourrait être tentée une fois la fistule vésico-utérine oblitérée. Cependant il

est plus prudent de ne faire qu'une occlusion partielle et de drainer la vessie. C'est là, du reste, le conseil que donne Trendelenburg. Baumm s'y est conformé. Léopold et M. Vallas ont également pratiqué le drainage de la vessie. On se servira soit d'un simple drain en caoutchouc, soit des tubes de Guyon-Périer accolés.

Cette précaution prise, les lèvres de l'ouverture vésicale seront suturées; les muscles droits et la ligne blanche seront réunis, enfin les téguments affrontés avec des fils d'argent.

IV^e Temps. — Pansement. — L'opération terminée, le vagin est modérément bourré de gaze iodoformée. Nous recommandons tout spécialement de placer un tampon très haut dans le cul-de-sac antérieur, afin de faire saillir en avant le bas-fond de la vessie et éviter ainsi la stagnation de l'urine.

Nous nous sommes comporté ainsi dans l'observation que nous relatons plus loin et les résultats ont été très satisfaisants.

Le pansement de la plaie vésico-hypogastrique ne présente rien de particulier.

Une sonde à demeure sera placée dans la vessie et son extrémité ajustée à un tube en caoutchouc qui plongera dans un récipient en partie rempli d'eau boriquée. Enfin on aura soin que, dans son lit, la malade ait le siège relevé par un coussin.

Résultats

Nous avons résumé dans le tableau I; les observations de fistules vésico-utérines traitées parla cystotomie sus-pu-

bienne et l'on peut ainsi embrasser d'un coup d'œil, les résultats qu'a donnés l'opération de Trendelenburg. Ces observations sont malheureusement peu nombreuses, et, comme une appréciation a d'autant plus de poids qu'elle s'appuie sur un nombre de cas plus considérable; nous avons cru bien faire en résumant dans le tableau II les *fistules vésico-vaginales* traitées par le même procédé et en nous servant des résultats obtenus dans cette catégorie pour apprécier la méthode.

Les treize observations que nous avons relevées ont donné deux insuccès, un succès partiel et 10 guérisons; pas une mort à déplorer. On ne peut s'empêcher de considérer comme très encourageants les résultats obtenus.

L'ouverture de la vessie et les manœuvres destinés à oblitérer la fistule à travers ce viscère n'ont certainement pas plus de gravité que les divers cleisis génitaux, et cette manière d'attaquer la solution de continuité a, sur toutes ces interventions, l'immense supériorité de ne pas ouvrir la voie à l'infection des organes génitaux et urinaires et de conserver intégralement les organes de la génération.

« La section vésicale augmenterait les chances de réunion de la fistule en prévenant les hémorrhagies que l'on voit parfois survenir chez les malades opérées par la voie vaginale. M. le docteur Ziembecki (1) n'a-t-il pas indiqué la taille hypogastrique faite à temps, comme le moyen à opposer à cet accident dont

(1) Congrès gynécol. de Bruxelles in Bulletin méd. 28 septembre 1891.

il attribue la cause prédisposante à la phlébectasie de la cloison vésico-vaginale consécutive à la grossesse.

« Il s'est appuyé pour donner ce conseil sur une donnée très exacte de la physiologie de l'incision sus-pubienne que nous avons fait ressortir, il y a longtemps, à l'instigation de M. le professeur Guyon dans notre thèse inaugurale. Cette donnée est la suivante :

« La vessie, une fois ouverte, ne se contractant plus, la congestion de ses parois se dissipe et la circulation se régularise laissant à l'hémostase la possibilité de se faire ici, comme dans tous les autres organes et tissus. »

(Pousson. — In Archives prov. de chirurgie. 1895, p. 755).

CHAPITRE IV

OBSERVATIONS

Nous regrettons de ne pouvoir donner in-extenso toutes les observations de fistules vésico-utérines traitées par la suture vésicale avec taille hypogastrique préalable.

Nous nous sommes reporté aux sources que nous indiquait notre bibliographie et, à notre grand regret, nous avons constaté que, pour trois cas, les résultats seuls étaient signalés.

On voudra bien remarquer toutefois que nous posédons les observations à terminaison heureuse et ce sont, évidemment, les plus intéressantes.

OBSERVATION I

TRENDELENBURG

Insuccès. On dut pratiquer ultérieurement le colpocleisis.

OBSERVATION II

TRENDELENBURG

Insuccès. On dut pratiquer ultérieurement, comme dans le premier cas, le colpocleisis.

OBSERVATION III

TRENDELENBURG. (1888)

Le 1^{er} juillet courant, sur le conseil du Dr Zumwinkel, vint me trouver une femme de 44 ans, d'origine polonaise et qui avait de l'incontinence d'urine depuis un accouchement

remontant à une quinzaine d'années. L'enfant (le cinquième) avait dû être extrait par le forceps.

L'examen génital donna les résultats suivants :

A la paroi antérieure du vagin à droite de la ligne médiane, était une perte de substance dont le grand axe était dirigé de droite à gauche et d'avant en arrière.

La longueur de cette perte de substance était celle d'un noyau de prune et permettait l'introduction de la pulpe de l'index dans la cavité vésicale. La moitié droite du col manquait et le reste était profondément situé, si bien qu'il était impossible d'introduire une sonde dans le canal cervical, comme il était impossible également, par suite d'adhérences inflammatoires, d'abaisser l'utérus et d'amener en bas la partie supérieure de la fistule.

Opération le 2 juillet 1888.

Chloroformisation. — Position élevée du bassin, emploi de l'appareil d'Eschbaum. Incision de 10 centimètres faite transversalement en suivant le bord supérieur de la symphyse. Désinsertion des muscles droits. Ouverture de l'espace prévésical et introduction d'un cathéter dans la vessie au-dessous du cul-de-sac péritonéal. La lèvre supérieure de la plaie vésicale est fixée à la lèvre correspondante de la plaie cutanée par quelques fils, qui, alourdis par des pinces, écartent le bord de la plaie en bas et latéralement. On voit alors entre les deux uretères, plus près du droit que du gauche, la perte de substance vésicale.

A la partie supérieure, les bords de la fistule sont intimement unis au col, on peut introduire une sonde utérine qui se dirige en haut et à gauche.

Les bords de la fistule sont avivés en enlevant une bande de muqueuse vésicale et cervicale. Cette bandelette de muqueuse vésicale a comme largeur 1 centimètre à gauche, à droite 5 ou 6 millimètres seulement à cause de l'uretère.

Six points au crin de Florence avec nœuds et serre-nœuds ordinaires. La seule difficulté qu'il y ait dans l'avivement est de bien voir l'orifice des uretères pour les éviter. Dans ce but nous introduisons au préalable une sonde dans chaque uretère. La consolidation des nœuds est aussi facile à faire que pour tout autre suture cutanée. Après fermeture de la vessie, l'ouverture du canal utérin est reportée naturellement dans le vagin.

Enfin on enlève les sutures provisoires de la partie antérieure de la vessie et on réunit, la plaie vésicale par des points simples et une petite suture de Lambert. On laisse au milieu une petite ouverture par laquelle on introduit un drain vésical en forme de T. Lavage vésical au sublimé à 1/5000. Suture cutanée en ménageant une ouverture pour le drain.

La malade est couchée dans le décubitus latéral.

Température la plus élevée 38,4.

Urine peu trouble ; 18 jours après l'opération, on enlève le drain vésical. Trois semaines après, il ne s'écoule plus d'urine par la fistule et l'urine peut être retenue une demi-heure ; quatre semaines après l'opération la malade retient ses urines pendant une heure. Sept semaines après le jour de l'opération, la plaie est cicatrisée et les urines peuvent être retenues pendant deux à trois heures.

Souffrances extrêmes de la malade après qu'elle eut quitté la clinique. M. le Dr Zumwinkcl dilata l'urèthre et fit l'extraction de quelques concrétions qui s'étaient déposées sur les nœuds de suture intra-vésicaux. Cette suture a toujours bien tenu et la continence est parfaite.

OBSERVATION IV

BAUMM

M^{me} X..., journalière, multipare, fut prise d'incontinence d'urine au mois de janvier dernier.

Trois semaines auparavant, elle avait fait un accouchement naturel très pénible quatorze jours après avoir perdu les eaux.

L'enfant mort se présenta par la tête. Cette femme de musculature moyenne, fut atteinte d'infection puerpérale grave. Elle eut une fièvre intense et sa température moyenne fut 40° centigrades. Les urines ammoniacales s'écoulaient par le vagin et les dernières émises contenaient de petites masses grisâtres. Urines chargées de sel. Dans la cavité vaginale, on trouve deux orifices : l'un central, par lequel l'extrémité du doigt pénètre dans la cavité utérine, l'autre situé en avant et à droite derrière une bride large d'un demi-centimètre de la grandeur d'un marck et donnant accès dans la vessie. Les bords de ces deux trous sont formés de lambeaux déchiquetés, nécrosés. Le bassin de cette femme était fortement aplati. Il s'agissait évidemment d'une fistule vésico-cervicale dans laquelle toute la portion vaginale était détruite et les parties molles environnantes endommagées.

L'état de la malade réclamait des soins ; elle fut dirigé sur un hôpital.

Le 26 février de cette année elle rentrait dans mon service. Quelques jours après la fièvre cessa, mais la malade était faible et mourante. Toute l'urine passait dans le vagin.

Ce dernier offre l'aspect d'un large doigt de gant ayant

deux ouvertures à son sommet. A travers le plus petit orifice on peut introduire une courte tige dans le col de l'utérus. La fistule vésicale permet l'introduction de l'index dans le réservoir urinaire. La muqueuse de la paroi postérieure de la vessie fait hernie entre les lèvres de la fistule. Les parois du vagin étant en grande partie formées de tissu cicatriciel très adhérent aux plans sous-jacents, toute tentative faite pour attirer l'utérus en bas et la fistule, n'amenait que des déchirures de ce tissu cicatriciel. Il fallait opérer cependant à la partie supérieure de cette fistule. Quel chemin prendre ? La voie nouvellement tracée par Trendelenburg semblait devoir donner ici les meilleurs résultats. L'état de la malade extraordinairement affaiblie n'était pas à considérer.

Sans doute le vagin est court, l'entrée est large, et il ne paraît pas impossible qu'on puisse arriver au but par cette voie.

Dans cet espoir je saisis la fistule par le vagin à l'endroit indiqué; mais il advint que j'avais mal apprécié les difficultés de l'opération, car l'avivement des lèvres de la fistule au fond de la cavité vaginale était extraordinairement difficile. L'application des points de suture, la réunion des bords de la plaie ne purent se faire dans de bonnes conditions malgré l'emploi des aiguilles et des porte-aiguilles les plus variés et je ne pus aboutir. La fistule fut fermée dans une certaine étendue mais par la suite les bords se désunirent. Je ne m'illusionnai pas sur le mauvais résultats de mon intervention et je résolus de faire bientôt une nouvelle opération d'après la méthode de Trendelenburg.

L'opération fut faite le 17 avril de cette année, la fistule n'étant qu'à moitié obturée.

Préparatifs comme pour une laparotomie; le vagin fut aussi désinfecté.

Décubitus dorsal de la malade, le bassin relevé, la partie

inférieure du tronc étant dans sa moitié droite un peu plus élevée et la tête de la malade tournée vers la fenêtre.

Je me suis servi d'une simple table d'opération en ayant soin de faire reposer la partie inférieure du tronc de mon opérée sur cette portion de la table où se place habituellement la tête.

Les jambes dépassaient complètement l'extrémité de la table ; elles furent maintenues par un aide qui les tenait par-dessus ses épaules comme le décrit Trendelenburg.

Section transversale de la paroi abdominale dans une étendue de 8 à 10 centimètres au fond de l'espace prévesical, on rencontre la paroi vésicale antérieure.

Après hémostase, section transversale de la vessie dans une étendue de 6 centimètres environ.

Je fixe les bords de la plaie vésicale à ceux de la plaie abdominale.

Maintenant je puis voir facilement le fond de la vessie.

La fistule et l'embouchure de l'uretère droit étaient visibles ; quant à l'orifice de l'uretère gauche, il dut être recherché plus longtemps au moyen d'une sonde avant d'être aperçu à gauche de la fistule. Il était caché et recouvert par la cicatrice résultant de la première opération. Il y avait encore dans cette petite cicatrice une toute petite fistule vésico-vaginale.

En somme, il existait comme la première fois, deux fistules placées entre les deux embouchures des uretères.

Je fis une large incision en forme d'entonnoir qui circonscrivait les deux fistules. Grâce au bon éclairage du champ opératoire, elle fut très facile à faire. Elle était large de 1 centimètre, un peu rétrécie cependant au niveau des embouchures des uretères.

Un aide repoussait par le vagin les portions qu'il fallait aviver. L'ouverture de l'uretère gauche, qui était difficile à voir, fut indiquée par une sonde introduite dans son orifice.

La plaie fut réunie au moyen de fils de soie qu'on nouait dans le vagin.

Dans ce but, les fils étaient munis, à leurs deux extrémités, d'une aiguille et ces dernières étaient passées ensuite de la vessie vers le vagin où elles étaient saisies par la main gauche de l'opérateur.

En traversant les bords de la fistule supérieure, une portion de l'aiguille passa à travers la paroi antérieure du col utérin et sortit par l'orifice du col.

La suture fut faite lorsque les huit points eurent été placés à l'aide du miroir de *Simon*.

Deux points de suture furent mis en dehors à droite et à gauche pour renforcer les autres sutures en cas de tiraillements trop considérables. Ensuite l'incision vésicale fut réunie par une double rangée de sutures en laissant une ouverture centrale destinée au passage d'un drain en forme de T. La première rangée des sutures (fils de soie) comprenait toute l'épaisseur de la paroi vésicale. La deuxième rangée (en fils de soie aussi) fut placée d'après la méthode de Lambert en recouvrant complètement la première.

La vessie fut lavée, au moyen d'un drain, avec une solution de sublimé faible jusqu'à ce que le liquide ressortit limpide. Et quand nous fûmes convaincus, au moyen de pressions, qu'aucun liquide ne passait à travers les points de suture ; la paroi abdominale fut réunie à droite et à gauche du drain par des sutures profondes à la soie ; on laissa une ouverture large comme le doigt par laquelle l'espace prévesical fut tamponné avec de la gaze iodoformée.

On mit aussi dans le vagin un tampon de gaze iodoformée.

La malade fut portée dans son lit et placée de temps en temps tantôt sur le côté droit, tantôt sur le côté gauche, tant que la pression sur les trochanters n'était pas douloureuse.

Les souffrances qui résultaient de l'opération étaient calmées par la morphine. Le cinquième jour, l'opérée fut placée dans le décubitus dorsal.

La température du troisième au sixième jour s'éleva à 38°9. L'urine qui coulait par le drain était recueillie dans un urinal. Le bout du drain n'était pas coupé au ras de la plaie mais la dépassait de 15 centimètres environ, de façon que l'urine ne pût souiller ni la plaie ni le lit. On pouvait s'assurer facilement de la perméabilité du drain.

Les tampons de gaze iodoformée furent laissés trois jours avant le premier pansement ; par la suite, ils furent enlevés plus souvent.

La plaie abdominale ne fut pas aussi lisse que Trendelenburg le rapporte dans ses observations.

Malgré les fortes sutures passées à travers toute l'épaisseur de la paroi et malgré leur éloignement des bords de la plaie, le plus grand nombre d'entrées-elles avaient manqué trois jours après l'opération. La retraction des muscles droits était très considérable. La plaie abdominale baillait dans toute son étendue.

Elle se remplit de granulations et se ferma lentement. Du côté de la vessie, rien de remarquable, à peine quelques douleurs.

L'urine, sanglante au début, devint claire et de réaction acide ; à partir du cinquième jour, sa réaction devint alcaline.

Le septième jour, une partie de l'urine passa par le vagin. On ne sentait pourtant pas de fistules.

Après avoir examiné et écarté les sutures profondes, on s'aperçut vers le onzième jour que l'urine passait à travers trois pertuis restés ouverts.

Quinze jours après l'opération, l'état était pire qu'auparavant.

La femme avait une grande plaie abdominale béante et l'urine s'échappait en haut et en bas.

Trois semaines après, la malade se leva. L'espoir d'une guérison spontanée de ces fistules vaginales n'étant plus à chercher, on se mit à les cautériser avec du nitrate d'argent ; deux d'entre elles guérirent d'abord cinq semaines après l'opération.

La troisième étant rebelle à ce mode de traitement, six semaines après l'opération je l'avivai par le vagin, et je la suturai par trois points de suture à la soie.

L'urine s'écoulait toujours par la fistule abdominale.

De cette façon la fistule vaginale guérit enfin.

La fistule abdominale persistait avec ses caractères. Neuf semaines après l'opération, la plaie abdominale était encore si large qu'il restait une surface grosse comme une fève, granuleuse, au milieu de laquelle était une ouverture qui conduisait dans la vessie.

La fistule qui semblait ne pas vouloir se fermer d'elle-même fut taillée, avivée en forme d'entonnoir et cousue.

La guérison ne vint pas. Pour la deuxième fois, la malade fut opérée ; je taillai mon lambeau en forme de tranche de melon et je réunis les bords de la plaie ; mais cette fois encore, insuccès.

La malade quitta l'Institut avec sa fistule abdominale. Au moyen d'un bandage compressif et grâce à l'écoulement habituel et fréquent des urines par l'urèthre, la situation est supportable.

OBSERVATION V

BARDENHAUER

Fistule vésico-vaginale et utérine très étendue. Guérison.

OBSERVATION VI

PROFESSEUR LÉOPOLD

Grâce à la bonté de mon chef, le professeur Léopold, je puis rapporter un cas de fistule vésico-cervicale opérée à travers la vessie et guérie.

A. S., 27 ans et mariée depuis un an, fut admise à l'hôpital le 15 juin 1892. Ses parents ont eu une bonne santé; elle a sept frères ou sœurs, deux sont morts.

Rachitisme à l'âge de trois ans.

Chlorose plus tard.

Réglée pour la première fois à 16 ans, les menstrues apparaissent aujourd'hui toutes les trois ou quatre semaines, durent trois jours et sont précédées de douleurs lombaires.

Le 24 avril 1892, elle donna naissance à son premier enfant. Autant qu'on ait pu le savoir (la femme n'était pas en-

trée dans notre Institut) l'enfant arriva à terme et bien développé. Chez cette primipare, le travail dura quatre jours et n'eut d'anormal que sa durée.

A l'expiration des quatre jours, elle accouchait spontanément d'un enfant mort-né.

Pas de fièvre, bonne santé durant les neuf premiers jours qui suivirent ; le neuvième jour, comme elle se levait, elle s'aperçut qu'elle perdait ses urines par le vagin. Elle nous dit, par hasard, qu'étant encore alitée, elle avait transpiré beaucoup et avait ressenti quelques douleurs au niveau de l'abdomen et plus spécialement sur les côtés.

La malade ne peut pas du tout actuellement retenir ses urines, quand elle est couchée, et une petite quantité seulement quand elle est assise. A noter également un écoulement muco-purulent par le vagin.

Selles régulières ; appétit et état général bons.

A l'examen, on constate que le vagin contient une certaine quantité d'urine qui filtre à travers un orifice situé sur la cloison vésico-utérine à droite.

Urèthre normal.

L'urine que l'on retire de la vessie par le cathétérisme est trouble, ne contient pas d'albumine et par le repos donne un dépôt formé surtout de cellules épithéliales.

Examen sous anesthésie le 17 juin deux jours après son entrée.

On voit que la lèvre antérieure du col a en partie disparue et en cet endroit on trouve une dépression en forme d'entonnoir.

Tous les efforts faits pour amener le col dans le champ visuel sont inutiles ; le col et les tissus environnants adhèrent à la ceinture pelvienne.

Une sonde courbe introduite dans la vessie passe à travers le col et vient faire saillie dans le vagin.

Le diagnostic fistule cervicale est donc bien établi. En présence de l'impossibilité d'atteindre la fistule par la voie vaginale une taille hypogastrique est résolue et l'intervention fixée à cinq jours plus tard.

Opération. — Le 22 juin, la malade est endormie à l'éther ; on lave soigneusement les organes génitaux externes et le vagin avec une solution de sublimé à 1/4000 et elle est placée dans la position de Trendelenburg. M. le professeur Léopold, avec l'aide du docteur Goldberg, procède alors de la manière suivante : Incision parallèle à la symphyse pubienne de 10 centimètres de long, deuxième incision à angle droit avec la première, le long de la ligne blanche (10 centimètres aussi environ).

Les muscles droits sont écartés et l'on arrive sur la face antérieure de la vessie.

Guidé par un cathéter, on incise cet organe sur une longueur de 4 centimètres, incision qui fut d'ailleurs agrandie dans le cours de l'opération et les lèvres de la plaie vésicale sont fixées à la paroi abdominale par deux fils de soie provisoires.

On enlève un petit calcul de un à deux centimètres cubes et l'intérieur de la vessie apparaît alors distinctement.

La fistule est située assez haut sur le côté droit de cet organe en face de la branche descendante du pubis, de sorte qu'il y a communication en ce point non seulement avec l'utérus mais aussi avec la symphyse pubienne par un trajet irrégulier où l'on voit sourdre du pus.

Urèthre normal ; son orifice est assez large pour admettre un doigt.

M. le professeur Léopold essaye mais en vain d'aviver les bords de la fistule, les tissus sont trop épaissis et trop adhérents au pelvis ; il y a bien peu de chances que les sutures

tiennent dans ces conditions et un insuccès exposerait à une deuxième laparotomie.

Dès lors, comme l'uréthre et l'uretère sont au-dessous de la fistule on crée une nouvelle paroi vésicale au-dessous de celle-ci et la fistule est ainsi réjetée au dehors.

Dissection de la vessie en arrière de la symphyse.

Taille de deux lambeaux, l'un à partir de l'incision vésicale primitive, l'autre dans la paroi vésicale et passant au-dessous de la fistule.

Lavage de la vessie avec une solution faible de boro-salicylate 1/100.

Suture des deux lambeaux avec fil de soie. Quelques-uns des points sont passés dans l'épaisseur des lambeaux, les autres ne prennent que la muqueuse.

Il restait alors une vessie nouvellement construite, de dimensions restreintes. La fistule était à l'extérieur de cette vessie dans une poche située à côté du septum nouvellement fait. La vessie fut séparée du col sur le côté droit afin de fermer l'ouverture existant en cet endroit, à l'aide de plusieurs sutures du catgut; de la gaze iodoformée avait été poussée au préalable à travers l'orifice fistuleux dans le canal cervical pour assurer le drainage par le vagin.

Le trajet fistuleux conduisant à la symphyse pubienne fut sondé, et on trouva que le cartilage articulaire était en grande partie détruit et que les os en contact étaient cariés. L'article et le trajet fistuleux furent soigneusement grattés avec la curette de Wolkman et ce qui restait sur le bord supérieur du cartilage pubien après ce curetage fut enlevé.

Après toilette de ces parties, les symphyses furent rapprochées et réunies par des sutures à la soie et au fil d'argent. La poche laissée à l'extérieur de la nouvelle vessie fut alors fermée au moyen de profondes sutures au catgut et de gaze iodoformée. On plaça dans la profondeur de la poche un drain

en gomme élastique s'étendant jusqu'à l'incision abdominale. Un second drain, en gomme également, fut placé dans l'ouverture des symphyses et les deux drains furent suturés à la paroi abdominale. La plaie abdominale fut fermée et on ne laisse qu'une petite ouverture dans le voisinage de la symphyse, petite ouverture dans laquelle on entassa de la gaze iodoformée. La toilette usuelle fut faite et l'on plaça enfin dans la vessie un catheter qui fut fixé par un point de suture à l'une des lèvres vaginales.

Les suites furent simples. La malade présenta deux jours seulement une température élevée. Le soir de l'opération 38° 2 et une semaine après, à la suite d'un peu d'embarras gastro-intestinal 39°. Trois semaines après on enlève les fils d'argent. A la fin de la quatrième semaine, la malade se lève et on lui enlève la sonde pendant le jour.

A sa sortie, elle peut garder ses urines deux ou trois heures et la miction donne de 50 à 100 centimètres cubes.

Pour ce qui est de la carie et de ses effets sur les dimensions du pelvis, on n'avait sous la main aucun moyen de déterminer jusqu'à quel point les dimensions du bassin avaient diminué, car la malade n'avait pas passé antérieurement à la clinique. Toutefois les mesures prises à sa sortie de l'hôpital sont : spinee 27 centimètres $1/2$; cristoe 28 centimètres; trochanters 33 centimètres; external conjugate 16 centimètres $1/2$ et diagonal conjugate 9 centimètres $1/2$.

En ce qui concerne les résultats de son travail prolongé, quoique naturel, il n'est pas difficile d'en découvrir la cause ; elle réside dans la pression prolongée de la partie se présentant ; dans ce cas (4 jours) pression produisant, comme Schröder l'a si bien établi, une ulcération et une mortification de la partie comprimée. Ce cas confirme aussi l'opinion de Spiegelberg, que les fistules hautes sont généralement dues à une délivrance spontanée.

OBSERVATION (inédite)

M. VALLAS

J. M..., cultivatrice, 45 ans née à Mariellaz (Haute-Savoie), a été admise à l'hôpital de la Croix-Rousse, le 28 juin 1895.

Rien dans ses antécédents héréditaires. Rien dans ses antécédents personnels, la malade a toujours été bien portante.

Au mois de janvier dernier, elle eut son douzième enfant. L'accouchement fut très laborieux; d'après la malade, la tête serait restée douze heures au passage et les douleurs auraient duré 48 heures. Pour terminer l'accouchement, on dut appliquer le forceps.

Quelques jours après, la malade s'aperçut qu'elle perdait ses urines d'une façon presque continue.

Elle temporisa d'abord espérant que cette affection disparaîtrait; puis voyant qu'au contraire son état empirait; elle se décida à entrer à l'hôpital où elle fut admise dans le service de M. Vallas.

A son arrivée on constate qu'en effet ses urines s'écoulent presque continuellement par le vagin.

On l'examine dans la position dorso-lombaire. Cathétérisme et lavage de la vessie. Lorsque tout le liquide est évacué, on injecte dans cet organe une certaine quantité de liquide coloré (solution faible de permanganate de potasse) et l'on peut se rendre compte qu'il en sort par la vulve. On cherche à découvrir le siège et l'orifice de la fistule, impossible d'y parvenir.

Le lendemain, examen de la malade dans la position génu-

pectorale. La vessie ayant été au préalable distendue par une injection de liquide coloré, on fait mettre la malade dans la position indiquée; on place deux vulves de Sims, l'une à la partie supérieure, l'autre à la partie inférieure de la vulve de manière à bien éclairer le conduit vaginal. La sonde en verre est laissée dans la vessie. Malgré un examen prolongé, on ne découvre absolument rien.

Le troisième jour, le bec de la sonde butte sur une masse dure, probablement un calcul, la malade étant dans la position dorso-lombaire. On renouvelle l'expérience de la veille et la malade est priée de se placer dans la position gènu-pectorale; la vessie est remplie à nouveau de liquide et un cathéter introduit dans sa cavité. Dans ces conditions un stylet, que l'on fait pénétrer dans le col utérin, passe dans la vessie et imprime des mouvements à la sonde qu'on a eu soin d'y laisser. En même temps le liquide s'écoule par le col de l'utérus. On a donc affaire à une *fistule vésico-utérine-cervicale*.

Un abondant lavage de la vessie et du vagin termine cet examen.

17 juillet. Opération.

M. Vallas pratique une taille hypogastrique. Les divers plans prévésicaux sont incisés et écartés. La vessie est ouverte et la cavité utérine apparaît. La muqueuse est rouge, granuleuse, infectée.

On enlève alors un volumineux calcul que l'on avait senti quelques jours auparavant en introduisant la sonde en verre dans la vessie.

Pour voir la fistule et se rendre compte de ses rapports, il faut porter dans l'intérieur de la cavité vésicale une pointe de thermo-cautère chauffée au rouge blanc; on constate alors que les uretères ne sont pas intéressés, et que l'orifice fistuleux, très petit d'ailleurs, est profondément situé dans le bas-fond de la vessie.

Avivement au thermo-cautère des bords de la lésion.

Pour la suture, M. Vallas se sert de fils métalliques qu'il passe avec l'aiguille de Lamblin.

L'aiguille de Lamblin est enfoncée dans la lèvre postérieure de la fistule à une certaine distance du bord ; la pointe vient ainsi aboutir dans la cavité utérine où elle est reçue sur le doigt de l'opérateur qui lui sert de guide. On a soin d'engager profondément l'aiguille de manière à amener son extrémité le plus près possible de la vulve et on l'arme alors d'un fil métallique. L'aiguille est retirée, le fil suit et l'une de ses extrémités est amenée dans la cavité vésicale.

L'aiguille est alors passée dans la lèvre antérieure, mais contrairement à ce qui a été fait pour la lèvre postérieure, on part du vagin pour arriver dans la vessie. On change l'aiguille du chef vésical et on retire.

On a ainsi une anse qui embrasse la fistule et dont les deux extrémités pendent dans le vagin. Ces deux bouts sont passés dans un plomb et serrés.

Lavage très abondant des cavités vésicales et vaginales.

Le pansement de la plaie sus-pubienne ne présente rien de particulier. Le vagin est bourré de gaze iodoformée. On a soin de placer un tampon dans le cul-de-sac antérieur de manière à soulever le bas-fond de la vessie et à prévenir la stagnation de l'urine au niveau de la ligne des sutures.

La malade est placée dans son lit, le siège élevé. Les urines s'écoulent dans un bocal rempli à moitié d'eau boriquée.

Les jours suivants, la vessie est abondamment irriguée une et même deux fois par jour. Signalons qu'à plusieurs reprises la sonde fut complètement obstruée par de fines productions calculeuses.

Pas de température.

16 Août. La malade ne perd plus ses urines. Le fil qui

permettait de retirer la sonde de Pezzer à travers la fistule hypogastrique a été enlevé et actuellement la fistule est en train de s'oblitérer.

On laisse encore la sonde à demeure.

Les calculs qui, ces derniers temps, obstruaient la sonde sont devenus de plus en plus rares et ont presque complètement disparu.

On enlève les fils et le plomb.

Toujours pas de température.

La malade peut se lever sans perdre ses urines. L'état général est bon.

20 Août. On enlève la sonde à demeure. Les lavages de la vessie sont continués tous les jours.

La malade urine spontanément, mais elle dit avoir des besoins fréquents, violents d'uriner et quand ces besoins se font sentir, elle a de la peine à retenir ses urines.

26 Août. La malade quitte l'Hôpital de la Croix-Rousse. Elle retient presque complètement ses urines ; dans la station debout, elle a un peu d'incontinence, l'urèthre n'ayant pas encore repris sa tonicité normale.

Ses urines sont claires, mais contiennent encore quelques graviers.

On ne retrouve plus la fistule vésico-cervicale, la plaie hypogastrique est fermée.

La température a toujours oscillé autour de 37°5. Le maximum atteint est 38°2.

CONCLUSIONS

- 1° La méthode de Sims est le procédé de choix dans le traitement des fistules vésico-utérines. En aucun cas la suture vésicale avec taille hypogastrique préalable ne doit lui être substituée si, même fut-elle difficile à pratiquer, elle offre quelques chances de succès.
- 2° L'opération de Trendelenburg doit en général remplacer les divers procédés indirects mis en usage pour la cure des fistules cervicales ; elle leur est bien supérieure au point de vue curatif.
- 3° On peut résumer ainsi les indications de l'opération de Trendelenburg : Brides ou replis cicatriciels ; adhérences aux organes voisins ou à la ceinture pulvienne ; étroitesse du vagin ou profondeur anormale de cet organe ; infection

de la vessie ; présence de calculs dans la cavité vésicale.

- 4° Les manuels opératoires indiqués sont bons, mais il n'est pas possible, croyons-nous, de donner des règles fixes applicables à tous les cas. Le chirurgien devra en général s'inspirer des circonstances et agir au mieux des intérêts de la malade.
 - 5° La suture vésicale avec taille hypogastrique préalable peut donner de bons résultats ; témoins les succès que nous avons enregistrés dans notre tableau statistique et, quoique d'une exécution parfois difficile, elle mérite d'être recommandée dans les cas où elle trouve son indication.
-

BIBLIOGRAPHIE

- ALBARRAN. — Sur la réunion complète par première intention après la taille hypogastrique. (Ann. mal. org. génitaux urinaires, décembre 1892.)
- ARMAND. — De l'incision dans la cystotomie sus-pubienne. Th. de Paris, 25 janvier 1893.
- BAUMM. — Der operation der Blasen; cervicifilsteln von er Blasenhaus in Arch. für gynœkologie 1890, XXXIX, p. 493.
- BARDENHAUER. — XX^e congrès des chirurgiens allemands (avril 1891), d'après le *Mercredi médical 1891*. Berlin. Klin. Wochens, 18 mai 1891.
- BERGMANN. — 19 cas de section haute avec suture immédiate de la vessie. Communication au XV^e congrès des chirurgiens allemands.
- BOUTAN. — Cystostomie sus-pubienne. Th. de Paris 1893. 28 juin.
- BONAN. — Cystostomie sus-pubienne. (Opération de Mac-Quire-Poncet.) Th. de Lyon 989 25.

- CHAUVEL. — Art. cystotomie in dict Dechambre, première série, t. XXV, première partie, p. 8.
- Congrès français de chirurgie, 6^e session. Paris 1892.
- H. COULLAUD. — De la cystotomie idéale. Th. de Lyon 1894.
- JOHN CRAFT. — Taille hypogastrique. Suture totale de la plaie vésicale, réunion par première intention, guérison (Lancet, 16 décembre 1887).
- CRANT-ROBERT. — Cystostomie sus-pubienne. (Lancet, 15 décembre 1887.)
- CHAMPNEY. — Transactions of obstetr Society of London, vol. XXX, 1889.
- DEBIERRE. — Traité d'anatomie.
- DIDAY. — La néomiction des cystostomisés, son mécanisme, sa réglementation. *Lyon médical*, 11 décembre 1893.
- DIETZ. — Etude clinique et expérimentale sur la nature de la vessie après la taille hypogastrique. (Th. de Paris, 10 juillet 1890.)
- DUPLAY. — Traitement des fistules vesico-vaginales par la suture intra vésical. *Bulletin de l'Académie de médecine*, page 585.
- EMMET. — Incurable vésico-vaginal fistula, a new method of treatment oy supra-pubic cystotomie. *Amer, journal of obstetrics*, mai 1895.
- FORT. — Traité d'anatomie.
- GOVE-GILLON. — Cystostomie sus-pubienne. *Brit. med. journal*, p. 695, mars 1888.
- GUYON. — Hematurie dans les néoplasmes de la vessie. Suture totale de la vessie après taille hypogastrique. *Bulletin de la société anatomique*, décembre 1891, p. 666.
- HELFERICH. — *Langenbeck's archiv*. 1887, t. XXXVII, p. 625.
- HORTILOUP. — La taille épigastrique depuis Franco. *Progrès médical*, 18 juin 1892.
- KEHR. — Section haute et suture immédiate de la vessie chez

- un homme de 60 ans. Guérison. *Medecinische-Wochens* 1890. N° 9.
- LAGOUTTE. — Résultats éloignés de la cystostomie sus-pubienne. Th. de Lyon 1893.
- MAC-GILL. — An operation for vesico-vaginal fistula through a supra-pubic oper in the Bladder. *Lancet*, vol. II 1890. p. 2.
- MORISANI ET SPINELLI. — Annales de gynécologie, 1892, p. 2.
- MONOD. — Art. fistules urinaires in *Dict. Dechambre*.
- NEUGEBAUER. — 153 cas de fistules vésico-utérines. *Arch. fur gynœkologie*, XXIX, 3.
- NELATON. — *Eléments de pathologie externe*.
- PONCET. — Cystostomie sus-pubienne in : Société de médecine de Lyon, 5 février 1889. *Mercredi médical*, 4 novembre 1891. *Bulletin médical*, 6 avril 1892. Congrès français de chirurgie 1892. Congrès des sociétés savantes, Paris 1893. Société de chirurgie, Paris 1895.
- POULLAIN. — Cystostomie sus-pubienne temporaire. Th. de Lyon 1895.
- POUSSON. — De la cystotomie préliminaire appliquée au traitement de certaines fistules vesico-génitales et vesico-intestinales. Communication faite au VIII^e congrès des chirurgiens français. *Semaine médicale*, 10 octobre 1894. — De la cystotomie préliminaire appliquée aux traitements de certaines fistules vesico-génitales et vesico-intestinales. *Archives provinciales de chirurgie*, t. III, n° 12, 7 décembre. 1894.
- POZZI. — *Précis de gynécologie*.
- JACOB ROSENTHAL. — An operation for the cure of vesico-cervical fistula by the sectio alta with recovery in the american journal of obstetrics and diseases of women and children, vol. XXII, mars 1893.
- SAPPEY. — *Traité d'anatomie humaine*.
- STRONG. — The relations of the peritoneum with references

- to supra pubic cystotomy. *Annales of surgery*, p. 22t Janvier 188.
- Société chirurgicale de Paris. — Discussion sur la cystostomie sus-pubienne. *Annales des organes génitaux-urinaires*, 1895.
- TRENDELENBURG. — L'opération des fistules vesico-utérines faites par la voie vésicale. in : *Deutsche med wochens*, 23, p. 518, 1893. *Volkmann's Sammlung Klinischer vortrage* N° 355.
- TAYNAC. — De la cystotomie préliminaire appliquée au traitement des fistules vesico-génitales. Th. de Bordeaux 1895.
- TESTUT. — *Traité d'anatomie humaine*.
- TUFFIER. — Taille hypogastrique, in : *Traité de chirurgie de Duplay et Reclus*, XVII, p. 729.
- Traité de chirurgie*. — Duplay et Reclus. Art. fistules urinaires, t. VIII.
- WILLIAMS. — Expulsion d'un nœud de soie de la vessie trente-un mois après une taille sus-pubienne, in the *Lancet*, 17 juin 1893.
- DE VLACCOS. — De la suture primitive de la vessie à la suite de taille hypogastrique. Th. de Paris, 18 juillet 1891.
- WOLFLER. — Fistule vésico-utérine traitée et guérie par la cystoplastie. *Beilage zum centralblatt für chirurgie* 1889. S. 95.

Vu, bon à imprimer :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
PONCET.

Vu, bon à imprimer :

LE DOYEN,
LORTET.

Vu, bon et permis d'imprimer :

LE RECTEUR
G. COMPAYRÉ.

Lyon, le 30 mars 1896.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION.....	5
CHAPITRE I. — Des fistule vésico-utérines. — Etio- logie, anatomie pathologique. — Symptômes. — Diagnostic. — Pronostic.....	11
CHAPITRE II. — Exposé et critique des divers procé- dés employés jusqu'à ce jour.....	23
CHAPITRE III. — Traitement des fistules vésico-uté- rines par la suture vésicale avec taille hypogas- trique préalable. — Indications. — Manuel opé- ratoire. — Résultats	35
CHAPITRE IV. — Observations.....	53
CONCLUSIONS.....	73
BIBLIOGRAPHIE.....	75

